



Av. 4 de Fevereiro, 93
Caixa Postal 5778
LUANDA
Telefones.: 222 67 16 71/222 33 29 90/ 1/ 3/ 5
Telefax: 67 16 72
N.º Contribuinte: 5.410.001.095
Call Center: 222 692 500
E-mail: gestaodereclamacoes@ensa.co.ao

SEGURO DE AUTOMÓVEL PROPOSTA

EMISSOR	<input type="text"/>	CÓD. BALCÃO	<input type="text"/>	MOEDA	<input type="text"/>
PROPOSTA N.º	<input type="text"/>	GESTOR DA APÓLICE	<input type="text"/>	CLIENTE ENSA?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
APÓLICE N.º	<input type="text"/>	FACTURA MULT.	<input type="text"/>	N.º ENTIDADE	<input type="text"/>
CÓD. MEDIADOR	<input type="text"/>			NIF	<input type="text"/>
CÓD. COBRADOR	<input type="text"/>			Aceite por	_____
INDIVIDUAL	<input type="text"/>	FROTA	<input type="text"/>	Func. n.º	_____ Data ____/____/____

1 – IDENTIFICAÇÃO DO PROPONENTE SINGULAR / EMPRESA

TRATAMENTO	Dr.(a) <input type="checkbox"/>	Exmo(a) <input type="checkbox"/>	Padre <input type="checkbox"/>	Sr(a) <input type="checkbox"/>	Eng.º <input type="checkbox"/>	Outros <input type="checkbox"/>
SUB-TIPO ENTIDADE:	MISTA <input type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PÚBLICA <input type="checkbox"/>			
NOME PRÓPRIO/EMPRESA*	<input type="text"/>					
SIGLA	<input type="text"/>					
APELIDO*	<input type="text"/>					
ACTIVIDADE ECONÓMICA*	_____					Cod. <input type="text"/>
NATUREZA DO TRABALHO*	_____					
NOME ALTERNATIVO	<input type="text"/>	DATA DE NASCIMENTO	D D M M A A A A			
TIPO DE IDENTIFICAÇÃO	B. I. <input type="checkbox"/>	CÉDULA PESSOAL <input type="checkbox"/>	PASSAPORTE <input type="checkbox"/>			
N.º DOC. IDENTIFICAÇÃO	<input type="text"/>	NIF	<input type="text"/>			
IBAN	<input type="text"/>					
NACIONALIDADE	_____					Cod. <input type="text"/>
LOCAL DE NASCIMENTO	<input type="text"/>					
ESTADO CIVIL	<input type="checkbox"/>	SEXO <input type="checkbox"/>	PROFISSÃO	_____ Cod. <input type="text"/>		
DÍVIDA NOUTRA SEGURADORA?	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	PESSOA DE CONTACTO*	_____		

2 – MORADA

VIA	<input type="text"/>					
PRÉDIO N.º	N.º CASA	ANDAR	PORTA	Cod. <input type="text"/>		
PAÍS*	Cod. <input type="text"/>	PROVÍNCIA	Cod. <input type="text"/>			
MUNICÍPIO*	Cod. <input type="text"/>	COMUNA	Cod. <input type="text"/>			
LOCALIDADE	CAIXA POSTAL: ESTRANGEIRO <input type="text"/>					

3 – CONTACTO

CASA/FIXO	<input type="text"/>	TRABALHO	<input type="text"/>	FAX	<input type="text"/>
TELMV1 *	<input type="text"/>	TELMV2 *	<input type="text"/>	E-MAIL	_____

4 – LOCAL DE COBRANÇA (Preencher se diferente da morada)

VIA	<input type="text"/>					
PRÉDIO N.º	N.º CASA	ANDAR	PORTA	Cod. <input type="text"/>		
PAÍS	Cod. <input type="text"/>	PROVÍNCIA	Cod. <input type="text"/>			
MUNICÍPIO*	Cod. <input type="text"/>	COMUNA	Cod. <input type="text"/>			
LOCALIDADE	CAIXA POSTAL: ESTRANGEIRO <input type="text"/>					
TELMV1*	<input type="text"/>	TELMV2*	<input type="text"/>	CAIXA POSTAL	<input type="text"/>	
N.º FAX	<input type="text"/>	E-MAIL	_____			

Nota: os campos com (*) são de carácter obrigatório

8 – OUTROS DADOS DO VEÍCULO

QUALIDADE DO TOMADOR:* ADMINISTRADOR* CREDOR DONO LOCATÁRIO
 USUFRUATUÁRIO OUTROS _____

Kg DE CARGA AUTORIZADA* ESTADO DO VEÍCULO: BOM REGULAR MAU

ZONA DE CIRCULAÇÃO HABITUAL N.º QUILÓMETROS

VEÍCULO COM SISTEMA ANTÍ-ROUBO?* SIM NÃO PERMANECE EM GARAGEM A NOITE? SIM

TRANSPORTA MERCADORIAIS PERIGOSAS?* SIM NÃO

TIPO DE OCUPANTES:* FAMILIARES FAMILIARES COM CONDUTORES SEM CONDUTOR

TODOS OCUPANTES TRANSPORTA PASSAGEIRO EM CAIXA ABERTA? SIM NÃO

VEÍCULO SUBSTITUIÇÃO VEÍCULO SUBSTITUIÇÃO (VALOR DIÁRIO)

9 – EXTRAS

TIPO DE EXTRAS	VALOR		VALOR
<input type="checkbox"/> ALTIFALANTE	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> RÁDIO CD	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> RÁDIO	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> AR CONDICIONADO	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> BANCOS DE PELE	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> JANTES DE LIGA LEVE	<input type="text"/>

10 – CONDUTOR HABITUAL (Preencher se diferente do Proponente)

TRATAMENTO Dr(a) Exmo(a) Padre Sr(a) Eng. Outros

NOME PRÓPRIO

APELIDO

NOME ALTERNATIVO

TIPO DE IDENTIFICAÇÃO B. I. CÉDULA PESSOAL PASSAPORTE

N.º DOC. IDENTIFICAÇÃO NIF

IBAN

NACIONALIDADE _____ Cod.

LOCAL DO NASCIMENTO DATA DO NASCIMENTO **D D M M A A A A**

ESTADO CIVIL PROFISSÃO _____ Cod.

TIPO DA CARTA DE CONDUÇÃO DATA DA EMISSÃO DA CARTA DE CONDUÇÃO **D D M M A A A A**

NÚMERO DA CARTA DE CONDUÇÃO

11 – DADOS DO CREDOR

TEM CREDOR? SIM) NÃO

N.º ENTIDADE

NOME _____

MORADA _____

Nota: os campos com (*) são de carácter obrigatório

12 – COBERTURAS

COBERTURAS	CAPITAL SEGURO	FRANQUIA	CAPITAL P/ PESSOA
<input type="checkbox"/> RESPONSABILIDADE CIVIL OBRIGATÓRIA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> RESPONSABILIDADE CIVIL COMPLEMENTAR	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> RESPONSABILIDADE CIVIL TRANSPORTE COLECTIVO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> DANOS PRÓPRIOS	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> FURTO OU ROUBO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> QUEBRA ISOLADA DE VIDROS	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> VEÍCULO DE SUBSTITUIÇÃO OU VALOR COMPENSATÓRIO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> OCUPANTES DE VIATURAS	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> MORTE OU INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
LIMITES <input type="checkbox"/> 50.000 <input type="checkbox"/> 100.000			
<input type="checkbox"/> 200.000 <input type="checkbox"/> 400.000			
<input type="checkbox"/> DESPESAS DE TRATAMENTO			
LIMITES <input type="checkbox"/> 5.000 <input type="checkbox"/> 10.000			
<input type="checkbox"/> 20.000 <input type="checkbox"/> 40.000			
<input type="checkbox"/> DESPESAS DE FUNERAL			
LIMITES <input type="checkbox"/> USD 5.000 <input type="checkbox"/> USD 10.000			
<input type="checkbox"/> USD 20.000 <input type="checkbox"/> USD 40.000			
<input type="checkbox"/> OBJECTOS PESSOAIS (vestuário, calçado e bagagens)			
VALOR ÚNICO USD 1706,28			
<input type="checkbox"/> PROTECÇÃO JURÍDICA EM CASO DE SINISTRO			
VALOR ÚNICO USD 500			

13 – VISTORIA (A Preencher pela ENSA)

O VEÍCULO NÃO APRESENTA DANOS O VEÍCULO CONTÉM EXTRAS PARA ALÉM DOS ATRÁS MENCIONADOS

O TÍTULO DE REGISTO DE PROPRIEDADE / DECLARAÇÃO "COMPRA E VENDA" ESTÁ EM NOME DO PROPONENTE DESDE ____/____/____

ESTADO DO VEÍCULO:

GRAU DE UTILIZAÇÃO DO VEÍCULO

NOVO BOM RAZOÁVEL MAU **ATENÇÃO AOS SEGUINTE DANOS** _____

TEM SISTEMA ANTI - ROUBO? (S/N) A VIATURA APRESENTA N.º DE KMS _____

TEM PNEU DE SOCORRO? CONFERI O N.º DE MOTOR E DE CHASSIS _____

TEM TEM TRANCA DE DIRECÇÃO? (S/N)

DECLARO TER PROCEDIDO A VISTORIA EM ____/____/____ RUBRICA DO EMPREGADO _____

DECLARAÇÕES:

DECLARO QUE FORAM POSTAS À DISPOSIÇÃO TODAS AS CONDIÇÕES GERAIS DO CONTRATO, COM A ADVERTÊNCIA DE QUE DEVO TOMAR CONHECIMENTO ANTES DA SUBSCRIÇÃO DA PRESENTE PROPOSTA, COMO CONDIÇÃO DA EXACTA COMPREENSÃO DO SEU CONTEÚDO, DAS GARANTIAS QUE CONFERE E DAS EXCLUSÕES QUE CONTÉM. DECLARO TER RESPONDIDO COM EXACTIDÃO, A VERDADE E SEM OMISSÃO OU RETICÊNCIAS DE QUALQUER FACTO OU CIRCUNSTÂNCIA POR MIM CONHECIDOS A TODAS AS PERGUNTAS QUE ME FORAM FORMULADAS.

NOME MEDIADOR / PERITO _____

LOCAL _____ DATA ____/____/____

CARIMBO DE ENTRADA NA COMPANHIA E DATA

APROVADO POR _____

O PROPONENTE (Assinatura e Carimbo)

DATA ____/____/____

Nota: os campos com (*) são de carácter obrigatório